Aus der Klinik von Professor Dr. L. Fraenkel, Breslau.

Methoden und Resultate der Prolapsoperationen.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von

Siegfried Staemmler,
Assistenzarzt an der Diakonissenanstalt zu Bromberg.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Küstner.

Die Arbeit wird eingeleitet durch eine Übersicht über die Ätiologie des Prolapses. Es werden die Lehren von E. Martin und Küstner denen von Krönig, Halban und Sellheim gegenübergestellt. Dabei wird die Küstnersche Ansicht, daß der Genitalprolaps die hochgradigste Form der allgemeinen Enteroptose sei, besonders hervorgehoben. Es wird aber an der Hand von 18 Fällen, bei denen sich teils im Descensus teils im Prolaps der Uterus anteflektiert fand, nachgewiesen, daß die Retroversio-flexio uteri nicht immer den Anfang des Prolapses bildet. Am Schlusse dieses Teiles werden einige in der Literatur mitgeteilte Fälle von congenitalem Prolaps angeführt, die meist mit Spina bifida verbunden waren und deshalb auf eine Störung der nervösen Leitungsbahnen zurückzuführen sind, durch die der Tonus des Haft- und Stützapparates herabgesetzt wird.

Die Arbeit beschäftigt sich alsdann mit der operativen Therapie des Prolapses. Es kommen in Betracht:

1. Scheidenverengernde Operationen,
2. Dammplastiken,
3. Cervix-Amputationen,
4. Ventrifixuren des Uterus oder die Alexander-Adams'sche Operation,
5. Ventrifixuren der Vagina,
6. Vaginifixuren,
7. die Interpositio uteri vesicovaginalis.

In den meisten Fällen werden Kombinationen dieser verschiedenen Operationsmethoden angewandt. Die Extirpation des Uterus wird für die Prolapsbehandlung abgelehnt, da sie

das Leiden selbst nicht angreift. Für die Extirpation des Uterus müssen stets besondere Indikationen vorliegen.

Das Material, das der Arbeit zugrunde liegt, bilden 358, seit 1900 in der Privat-Frauenklinik von Prof. Dr. L. Fraenkel zu Breslau wegen Prolaps der Vagina, des Uterus oder beider operierte Fälle. Es wurden ausgeführt:

1.	Scheidenverengernde Operationen und Dammplastiken	191
2.	Portio- und Collum-Amputationen wegen Elongation	45
3.	Supravaginale Uterusextirpationen	2
4.	Ventrifixuren des Uterus	98
5.	Vaginifixuren	13
6.	Interpositionen	5
7.	Ventrifixuren der Vagina	4.

Eine genaue Übersicht zeigt, in welcher Weise und wie oft die genannten Operationsmethoden angewandt bezw. mit einander kombiniert wurden.

Die Erfolge dieser Operationen konnten nicht planmäßig kontrolliert werden. Gelegentliche Nachuntersuchungen in Sprechstunde und Poliklinik geben einen gewissen Anhalt, ferner die Überlegung, daß größere Rezidive sich bestimmt gemeldet hätten.

Postoperativ starben drei Frauen und zwar eine Frau an Bronchopneumonie am 10. Tage, zwei Frauen an Lungenembolie am 11. bezw. am 19. Tage post operationem.

Infektionstodesfälle sind nicht vorgekommen. Die Krankengeschichten werden im Auszuge kurz angeführt.

Rezidive wurden 9 beobachtet und zwar:

1. nach Colporrhaphia ant. et post. und Neugebauer-Le Fortscher Scheidendoppelung,
2. nach Ventrifixura uteri,
3. nach Ventrifixura uteri und Colporrhaphia ant.,
4. nach Ventrifixura uteri und Colporrhaphia ant. et post.,
5. nach Ventrifixura uteri mit Collum-Amputation und Colporrhaphia post.,
6. nach Vaginifixur und späterer Ventrifixur mit Colporrhaphia ant. et post.,
7. nach Interpositio vesicovaginalis,

8. nach Ventrifixur des unteren Uterus-Segmentes als Rezidivoperation des Falles 7,
9. nach Ventrifixura colli (nach Bumm).

Den einzelnen Krankengeschichten werden kurze Epikrisen angeschlossen. Als besonders wertvoll, auch zur Vermeidung von Bauchbrüchen, wird die L. Fraenkelsche subanguläre Ventrifixur hervorgehoben und die extraperitoneale Ventrifixura vaginae auch nach L. Fraenkel als neustes Vorgehen bei Prolapsen gewürdigt.

Die an der L. Fraenkelschen Klinik gesammelten Erfahrungen lassen sich in folgenden, allgemeinen Sätzen zusammenfassen: Keine einzige Prolapsoperations-Methode gibt 0 % Rezidive. Es liegt im Wesen der Vorfallkrankheit, daß infolge der ausgedehnten Gewebserschlaffung der Prolaps sich neuerlich einstellen kann. Jedoch ist das bei richtiger Auswahl der Fälle und Methoden sehr selten. Praktisch spielt die Rezidivgefahr an unserm Material nicht die Rolle, wie sie in der Literatur angegeben wird; sie beträgt etwa 2,5 %. Allerdings darf man nicht so riguros sein, daß man eine geringfügige, von der Patientin selbst kaum gemerkte Senkung des Harnröhrenwulstes beim Pressen schon als Rezidiv bezeichnet. Aus diesen Überlegungen heraus wurden auch die komplizierten und unphysiologischen Methoden der Interposition, der Neugebauer-Le Fortschen Verdoppelung der Scheide, der Uterus-Extirpation und der Vaginifixur mit oder ohne Tubensterilisation im gebärfähigen Alter von uns verworfen. Es genügen Hochnähung des Uterus bezw. der Scheide (Ventrifixura uteri, Ventrifixura vaginae) und scheiden verengernde, dammerhöhende und dammuskelverstärkende Operationen. Da man die Scheidenverengerung und Dammerhöhung bei verheirateten Frauen nicht zu weit treiben darf, wenn man nicht Kohabitationsschwierigkeiten hervorrufen will, so genügt im allgemeinen die Kolpoperineorrhaphie nicht. Zusammen jedoch mit der supravaginalen Kollumamputation oder der Ventrifixur sind sie imstande, jeden Prolaps zu heilen. Die alten Operationsverfahren haben sich in der Hand des Erfahrenen vollauf bewährt, sodaß ein Bedürfnis nach einem neuen Operationsverfahren nicht besteht.